

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ НЕСПРАВЖНЬОЇ АНЕВРИЗМИ АУТОВЕНОЗНОГО ОРТОГРАДНОГОСТЕГНОВО-ПІДКОЛІННОГОШУНТА.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.

Сергєєв О.О., Люлько І.В., Грицай Ю.В., Кисилевський Д. О., Махмуд Ель-Хажж

КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І.Мечникова»

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Вступ.

Вибір клініко-патогенетично обґрунтованих підходів до методів ефективного хірургічного лікування хворих з термінальними проявами стенотично-облітеруючого процесу стегно-підколінно-гомількового сегменту атеросклеротичного генезу залишається актуальною, динамічною, та не до кінця вирішеною проблемою (Нікульніков П.Л. та ін, 2005; Русин В.І. та ін., 2006; 2001; Lawall H. et al., 2011; Walter D.H. et al., 2011).

Симптоми хронічної ішемії нижніх кінцівок діагностуються у 78 % чоловічої популяції в цілому і до 35 % людей старшої вікової групи. У 30 % хворих після 8 років перебігу захворювання розвивається критична ішемія, яка не тільки погіршує якість життя пацієнта, а є частою причиною ампутації. (Геник С. М. і співавт., 2005. Никоненко А.С. і співавт., 2007; Лазаренко В. А. и др., 2010; Awad S. et al., 2006).

Шунтуючі хірургічні втручання на сьогодні є основною ланкою в лікуванні хронічних облітеруючих захворювань нижніх кінцівок в стадії критичної ішемії.

Прохідність аутовенозних шунтів через 5 років після аутовенозних шунтувань нижче колінного суглобу коливається в межах 46-80%. Спостереження прохідності аутовенозних шунтів більше 10 років в науковій літературі є поодинокими¹.

Клінічне спостереження.

Пацієнт П., 74 років, госпіталізований у відділення відділення судинної хірургії КЗ «Обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова» м. Дніпропетровська 17.03.2015 р., зі скаргами на наявність пульсуючого новоутворення по медіальній поверхні нижньої третини лівого стегна. Біль, оніміння, похолодання лівої нижньої кінцівки при ході на відстань більше 200 м. Діагноз при госпіталізації: Атеросклероз облітеруючий, оклюзія стегново-підколінного сегменту. Функціонуючий загальностегново-дистальнопідколінний аутовенозний ортоградний шунт зліва (2003 р.) Ішемія лівої нижньої кінцівки ІІб ступеня. Хибна аневризма середньої третини стегново-підколінного шунта зліва. З анамнезу відомо, захворів гостро, два тижні до госпіталізації. Травм та впливу інших чинників не відмічає.

Хворіє на атеросклероз судин нижніх кінцівок більше 20 років. В 2003 р. госпіталізований з діагнозом: Атеросклероз, оклюзія стегново-підколінного сегменту зліва. Ішемія лівої нижньої кінцівки ІІІ ст.. Гіпертонічна хвороба ІІ ст. (гіпотензивні препарати не приймає) . На ультразвуковому ангіоскануванні (УЗАС) від 27.11.2003р.- подвоєння глибокої артерії стегна, оклюзія поверхневої артерії стегна ,стеноз підколінної артерії 50%. Хворому було виконано загальностегново-дистальнопідколінне аутовенозне шунтування. В якості шунта була використана контрлатеральна аутовена за ортоградною методикою. Клінічно при обстеженні: загальний стан ближче до задовільного, по передньо-медіальній поверхні лівого стегна новоутворення діаметром 10х12 см., шкіра над ним блідо-рожевого кольору, у ділянці верхівки – помірна гіперемія, щільно-еластичне, помірно болюче на дотик, пульсує .

УЗАС від 16.03.2015 р. – зліва: стеноз загальної стегнової артерії до 30%, оклюзія поверхневої артерії стегна. Стегново-підколінний шунт прохідний. Розрив шунта в нижній третині стегна з формуванням несправжньої аневризми (діаметром близько 8,5 см, тромбовано до 50% вмісту). Стеноз передньої великогомілкової артерії до 50%, оклюзія задньої великогомілкової артерії.

Хворий оперований 19.03.2015 р. під спино-мозковою анестезією. Виділені ділянки функціонуючого шунта у верхній третині стегна, та в ділянці дистальної

порції підколінної артерії. Після припинення кровотоку по шунту, доступом в жоберовій ямці зліва виділена розірвана аневризма, дефект передньо-медіальної стінки шунта протяжністю до 12 см. Аутовена змінена на протязі 20 см. Евакуйовано до 300 мл. тромботичних мас. Виконано позавогнещеве рещунтування аутовеною артерій лівого стегново-підколінного сегменту за методикою «in situ» (проксимальний анастомоз – кінець в бік шунта, дистальний – кінець в кінець[2,3]. Посів з рани та аневризми росту мікрофлори не дав.

Ранній післяопераційний період ускладнився розвитком гематоми в ділянці порожнини, утвореної хибною аневризмою 20.02.2015 р. Гематома евакуйована. Позавогнищеве розташований новий шунт дозволив вести рану відкрито, до появи грануляцій та накладання вторинних швів.

Наведений рідкісний клінічний випадок розвитку ускладнення ортоградного аутовенозного шунтування на наш погляд, пов'язаний з довгостроковим функціонуванням трансплантата в умовах некорегованої артеріальної гіпертензії. Застосований метод повторного шунтування дозволив зберегти кровопостачання нижньої кінцівки в умовах запалення м'яких тканин.

Література

1. Critical limb ischaemia: comments on consensus document, 1991
2. Белов Ю. В. Повторные реконструктивные операции на аорте и магистральных артериях / Ю.В. Белов, А.Б. Степаненко. — М., 2009.— с. 18— 23.
3. Ахмад М.М., Абраменко А.В. Повторні реконструктивні операції у хворих з реоклюзією стегново-підколінного артеріального сегменту – Клінічна хірургія №11.2, 2014 – с. 3-4.
4. Корсак В.В., Русин В.І., Попович Я.М. та співав., Науковий вісник Ужгородського університету, серія «Медицина», №2(88) 2012 р.-с.52-57